**臺南市手語翻譯服務申請表**（此面可自行影印）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基**  **本**  **資**  **料** | **申請人**  **或**  **申請單位** |  | | **身分證字號**  **或**  **統一編號** |  | | | | | | **申請**  **日期** | | | **年 月 日** |
| **聯絡電話** |  | | **傳真** |  | | | | | | **手機** | | |  |
| **聯絡地址** |  | | | | | **電子郵件** | | |  | | | | |
| **聯絡人姓名** |  | | | **聯絡方式** | | | **電話：** | | | | | | |
| **手機：** | | | | | | |
| 申  請  內  容 | **服務日期** | **年 月 日（星期 ），自 時 分 至 時 分** | | | | | | | | | | | | |
| **服務地點（地址）** |  | | | | | | | | | | | | |
| **現場聯絡人** |  | | | | **現場聯絡方式** | | | **電話：** | | | | | |
| **手機：** | | | | | |
| 服務事由  或  性質 | □警政□司法□政見發表會□非涉刑責之筆錄案件□重大醫療□門診醫療□公務機關舉辦之活動(晚會)舞台翻譯□公務機關簡易臨櫃(含廣場型、攤位服務型)□洽公事項-市政府各局室、戶政、地政、稅捐、衛生局所等□就學□職場輔導□就業服務□諮詢□其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ※若涉及私人商業利益之申請，需自行負擔費用。 | | | | | | | | | | | | |
| **活 動 名 稱** |  | | | | | | | | | | | |
| 服務人數 | 現場來賓人數約： 人；受服務聽（語）障者： 人 | | | | | | | | | | | | |
| **手語習慣** | □台灣手語 □中文手語 □口語+手語 □讀唇 □其他＿＿＿＿＿ | | | | | | | | | | | | |
| 備註 | 1.**申請書正本**請以郵寄方式至本會，或由當日服務之手譯員帶回。  2.本服務不接受指定手譯員，特殊需求需由本中心評估准允。  3.夜間服務僅限臨時緊急必要之事宜(指緊急醫療、警政偵訊、災害等)。  4.為確保個資安全，本資料僅提供手語翻譯業務使用。 | | | | | | | | | | | | |
| 申請人身心障礙證明正反面影本  或  申請單位戳章 | | | | | ＊此粗框申請單位請勿填寫  由受理單位填寫 | | | | | | | | | |
| 服 務 類 別 | | | □甲類 □乙類 □丙類 | | | | | | |
| 派 遣 人 員 | | |  | | | | | | |
| 理事長簽章欄 | | | | | | |  | 行政人員簽章欄 | | |
|  | | | | | | |  | | | |
| **申請人簽章：** | | | | | 日期： | | | | | | | 日期： | | | |

主辦單位：臺南市政府社會局 承辦單位：社團法人台南市聲暉協進會

電 話：06-3123196 傳真：06-3123197

服務專線：0972-891553 電子信箱：[voiced@voiced.org.tw](mailto:voiced@voiced.org.tw)

**Line(ID)：voiced**